

УДК 616.89-008.48:616-05:616.17-008.1:616.831-005.] -08+615.851+616-084

*Т.П. Яворська*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

### **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ АНАЛІЗ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Протягом 2016–2018 років у 383 пацієнтів з цереброваскулярною патологією різного ступеня прояву досліджували особливості копінг-профілю з використанням опитувальника WCQ. Для аналізу факторів потенційного стресового навантаження пацієнтів було розподілено на групи на основі тесту «Аналіз стилю життя». Установлено, що підвищений стресовий ризик поєднується з неадаптивним копінг-профілем, а саме: частим застосуванням таких стратегій стрес-долаючої поведінки, як дистанціювання й уникнення, високою напруженістю конфронтації, зверненням до психосоціального ресурсу та зниженням здатності до вирішення проблем. Пацієнтам з ризиком розвитку і клінічними проявами цереброваскулярної патології притаманні підвищення ролі стратегій конфронтації, відповідальності, дистанціювання відносно показників у соматично здорових опитуваних, що вказує на особливості їхньої реакції на стрес і застосування менш ефективних способів його подолання. У пацієнтів після інсульту у зв'язку з різкою зміною фізичного й соціального статусу, вираженими особистісними реакціями на соматичну катастрофу копінг-профіль різко деформувався й характеризувався дисбалансом адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій з різким переважанням напруженості останніх. Поєднання високої напруженості стратегій конфронтації, відповідальності, дистанціювання та уникнення з підвищеним стресовим ризиком у пацієнтів на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології свідчить про специфічну дезадаптивну поведінкову диспозицію з потенційно більшим ризиком розвитку стрес-асоційованих розладів.

**Ключові слова:** *копінг, цереброваскулярна патологія, стресовий ризик, медико-психологічна допомога.*

#### **Вступ**

Захворювання – це потужний фактор дистресу для особистості через множинні й поєднані соматичні і психосоматичні впливи та соціальні наслідки. За змістом хвороба є прикладом кризової життєвої ситуації, рівень стресу якої обумовлений тяжкістю наслідків патології та її суб'єктивним відображенням у психіці пацієнта. Відповідно, виникає потреба в регуляції психічного напруження, викли-

каного стресом, шляхом уключення стрес-долаючої поведінки.

Г. Вебер визначає копінг через стратегію дій, яку використовує людина, у ситуаціях психологічної загрози для фізичного, особистісного та соціального благополуччя [1]. Р. Лазарус і С. Фолкман виділили два основні види копінг-профілю: проблемно-орієнтований, спрямований на вирішення проблеми, та емоційно-орієнтований, пов'язаний зі зміною особистісних

© Т.П. Яворська, 2018

установок щодо ситуації. Е. Хайм виділяє три сфери ієрархічної структури психіки, у яких реалізуються копінг-стратегії поведінки: емоційну, когнітивну та поведінкову [2]. У сучасних дослідженнях копінгу проводять його аналіз не лише з суто психологічної точки зору, а й через призму зв'язку психологічних феноменів з будовою й функціонуванням нервової системи [3].

Копінг-стратегії прив'язують не лише до поведінки пацієнтів під час хвороби, а і як чинники, що можуть призводити до розвитку патології. Крім того, важливою складовою протидії хворобі є здатність пацієнта змінювати свої способи життя й поведінку. Відповідно, важливою роллю копінгу в адаптації до хвороби і її наслідків та у профілактиці захворювань через «здорову поведінку» обумовлена потреба в розробці заходів психологічної допомоги в руслі здоров'яцентрованого підходу.

#### **Аналіз даних літератури і постановка проблеми**

Дослідження копінгу в пацієнтів з різними захворюваннями стало важливою частиною програм медико-психологічної допомоги в медичній практиці [4, 5]. Так, у хворих з кардіометаболічними порушеннями виявлено поєднання різноспрямованих тенденцій стрес-долаючої поведінки – конфронтації і дистанціювання [6]. Установлено, що особам з доклінічними порушеннями здоров'я притаманні труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, поєднання орієнтованості на активний опір проблемі з тенденцією до її ігнорування або до знецінення, тоді як клінічно розгорнута симптоматика супроводжується поєднанням планування вирішення проблеми з тенденцією до ухилення від реальних дій. Наслідком даної поведінки стає хронічне емоційне напруження й формування стійких дезадаптивних способів «швидкого» відновлення емоційної рівноваги – переїдання, тютюнопаління та пасивного відпочинку, що є факторами ризику розвитку соматичної патології. Відповідно, при оцінюванні наявних у особистості форм копінгу розкриваються широкі можливості до профілактики розвитку чи негативних наслідків захворювань.

Дослідження допінгу в пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту має важливе значення для прогнозування якості життя й подальшої реабілітації [7–9]. У постінсульт-

ному періоді має місце певна зміна прояву стрес-долаючої поведінки: до 1 року після судинної катастрофи переважають стратегії дисфункціонального характеру (когнітивний і поведінковий відходи від вирішення проблеми, вираження негативних емоцій та заперечення хвороби), що в подальшому змінюється емоційно-орієнтованим копінгом у вигляді прийняття ситуації, позитивного переформулювання та особистісного росту й гумору) у адаптивному варіанті розвитку ситуації [10–12].

Дослідження особливостей копінгу в пацієнтів з цереброваскулярною патологією має важливе практичне значення щодо розробки як заходів профілактики розвитку ускладнень патології, так і способів ефективної адаптації в разі виникнення значних порушень фізичного здоров'я.

**Мета роботи** – вивчити особливості стрес-долаючої поведінки у хворих з цереброваскулярною патологією у взаємозв'язку з рівнем стресового навантаження.

#### **Контингент, матеріал і методи дослідження**

На базі КНП ХОР «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» протягом 2016–2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеня прояву (основна група – ОГ): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику, верифікованого клініко-лабораторним дослідженням з визначенням ліпідного профілю, до судинної катастрофи в анамнезі. У дослідження були включені 122 пацієнти, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП, – група 1 (Г1), 134 пацієнти з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак в анамнезі – група 2 (Г2) та 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, – група 3 (Г3).

Критеріями включення для учасників дослідження були: високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулись на тлі серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби й ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного й наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення були: наявність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених соматичних захворювань (окрім серцево-судинної і цереброваскулярної патології), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Розподіл пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних та психосоціальних факторів на розвиток і перебіг ЦВП на різних з точки зору медичної практики й медико-психологічної парадигми етапах хвороби.

У пацієнтів Г1 ЦВП тривала від 1 до 3 років, у хворих з транзиторними ішемічними атаками у Г2 клінічна симптоматика спостерігалась від 6 міс до 2 років, пацієнти з мозковими інсультами знаходились у періоді після судинної катастрофи в терміні від 3 до 18 міс. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,5 %, жінки становили 41,5 %. Пацієнтів з гіпертонічною хворобою було 59,8 %, з ішемічною хворобою серця – 40,2 %.

Як групу порівняння (ГП) було обстежено 47 умовно здорових осіб без ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням.

Копінг досліджували з використанням опитувальника «Способи стрес-долаючої поведінки» (Ways of Coping Questionnaire Р. Лазаруса і С. Фолкман, WCQ). Для аналізу факторів потенційного стресового навантаження, які прогностично вказують на вищий ризик прояву дистресу в соматичній і психічній сферах, кожен групу було розподілено на підгрупи на основі Бостонського тесту на стресостійкість (тест «Аналіз стилю життя», за Р.В. Купріяновим, Ю.М. Кузьміною, 2012): з помірним

(ПСР), високим (ВСР) та надвисоким (нВСР) стресовими ризиками. Статистичну обробку проводили з використанням MS Excel v. 8.0.3.

### Результати та їх обговорення

Результати дослідження напруженості копінг-стратегій в опитуваних з різним стресовим ризиком: помірним, високим та надвисоким – наведено в *табл. 1*.

У групі опитуваних з помірним стресовим ризиком провідними способами подолання стресу були відповідальність, пошук соціальної підтримки, рішення проблеми, самоконтроль та конфронтація, менш напруженими – дистанціювання, позитивна переоцінка та уникнення.

У досліджуваних з високим і надвисоким стресовими ризиками домінували конфронтація, пошук соціальної підтримки, відповідальність, дистанціювання та самоконтроль, менш напруженими були рішення проблеми, позитивна переоцінка та уникнення.

Виявлено вищі рівні конфронтації [(46,1±12,1) бала у ГПСР, (52,0±13,4) бала у ГВСР та (54,9±15,0) балів у ГнВСР,  $p<0,05$ ], дистанціювання [відповідно (40,7±13,3); (46,9±14,0) та (47,9±16,4) бала,  $p<0,05$ ], пошуку соціальної підтримки [(47,2±12,0); (50,7±15,4) та (53,7±19,1) бала,  $p<0,05$ ], уникнення [(36,5±8,3); (41,9±12,3) та (41,7±12,7) бала,  $p<0,05$ ] та нижчі – рішення проблеми в опитуваних з високим і надвисоким стресовими ризиками [(46,6±10,0); (42,4±13,7) та (38,1±13,5) бала,  $p<0,05$ ] за відсутності відмінностей у показниках самоконтролю [(46,6±10,0); (46,0±15,4) та (46,9±18,3) бала], відповідальності [(49,3±13,7); (49,1±16,2) та (52,2±16,0) балів] та позитивної переоцінки [(41,3±9,9); (42,4±13,5) та (42,5±14,9) бала відповідно], *табл. 1*.

*Таблиця 1. Напруженість копінг-стратегій у обстежених залежно від рівня стресового ризику, бали ( $x \pm \sigma$ )*

Копінг-стратегія	Рівень стресового ризику		
	помірний	високий	надвисокий
Конфронтація*	46,1±12,1	52,0±13,4	54,9±15,0
Дистанціювання*	40,7±13,3	46,9±14,0	47,9±16,4
Самоконтроль	46,6±10,0	46,0±15,4	46,9±18,3
Соціальна підтримка*	47,2±12,0	50,7±15,4	53,7±19,1
Відповідальність	49,3±13,7	49,1±16,2	52,2±16,0
Уникнення*	36,5±8,3	41,9±12,3	41,7±12,7
Рішення проблеми*	46,6±10,0	42,4±13,7	38,1±13,5
Позитивна переоцінка	41,3±9,9	42,4±13,5	42,5±14,9

*Примітка.* \*  $p<0,05$ ; достовірність різниці між показниками опитаних з помірним, високим та надвисоким стресовими ризиками.

Подальший статистичний аналіз отриманих результатів проводили покровоко (табл. 2, 3). Дані, наведені в табл. 2, характеризують рівні вираженості застосовуваних копінг-стратегій в опитуваних у континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» з урахуванням рівня стресового ризику.

Враховуючи змістовні особливості ступеня порушення фізичного здоров'я в кожній групі – від стану умовного соматичного благополуччя, наявності факторів ризику розвитку патології, клінічних її ознак та значущих наслідків, було проведено аналіз за параметрами якості життя між ГП, Г1, Г2 та Г3 – «здорові – група ризику – з клінічними проявами – після інсульту» та окремо між ГП і Г1 – «здорові – група ризику»; ГП та Г2 – «здорові – з клінічними проявами»; ГП і Г3 – «здорові – після інсульту»; Г1 та Г2 – «група ризику – з клінічними проявами»; Г1 і Г3 – «група ризику – після інсульту»; Г2 та Г3 – «з клінічними проявами – після інсульту».

У статистичному аналізі показників копіngu у ГП, Г1, Г2 та Г3 (табл. 2) встановлено:

- зростання ролі пошуку соціальної підтримки в осіб з ПСР та уникнення – у осіб

з нВСР, вищі рівні дистанціювання в осіб з ВСР і нВСР у Г1, Г2 та Г3, ніж у обстежених ГП,  $p < 0,05$ ;

- нижчу напруженість копінг-стратегії самоконтролю в осіб з ВСР у Г1, Г2 та Г3, ніж у осіб ГП, а також в обстежених з нВСР у Г2 на противагу таких у ГП, Г1 та Г3,  $p < 0,05$ ;

- більш виражену орієнтованість на рішення проблеми в осіб з ВСР та позитивної переоцінки в осіб з ВСР і нВСР у Г1 та Г2, ніж у обстежених з ГП та особливо Г3,  $p < 0,05$ .

Звернення до зовнішнього психосоціального ресурсу активізувалось одним із перших. Пошук інформації, емоційна підтримка та допомога були важливими складовими в подоланні стресу.

Підвищений рівень стресового ризику супроводжувався як високим напруженням низькоєфективних копінг-стратегій – уникнення й дистанціювання, так і збільшенням впливу ефективних – рішення проблеми, позитивної переоцінки у групах пацієнтів з ЦВП на різних етапах її розвитку.

Високі показники уникнення й дистанціювання і їхнього поєднання з ВСР та нВСР можуть свідчити про певну поведінкову диспозицію щодо розвитку стрес-асоційованих роз-

Таблиця 2. Копінг у досліджуваних групах залежно від рівня стресового ризику, бали ( $x \pm s$ )

Показник	Стресовий ризик	ГП (n=47)	Г1 (n=122)	Г2 (n=134)	Г3 (n=127)
Конфронтація	Помірний	40,4±10,4	47,1±10,7	48,4±14,8	46,5±10,9
	Високий	46,9±9,7	52,4±11,9	52,2±14,7	50,8±14,5
	Дуже високий	50,9±10,2	54,0±10,2	53,1±15,4	51,5±14,0
Дистанціювання	Помірний	35,8±11,9	40,2±14,1	42,7±13,4	44,4±12,5
	Високий	42,8±13,7	50,2±14,0	49,8±15,3	53,2±14,0
	Дуже високий	48,1±14,8	51,1±15,1	53,0±16,8	57,3±17,4
Самоконтроль	Помірний	47,1±8,1	45,2±9,7	47,8±11,6	47,3±10,6
	Високий	44,5±14,3	43,5±14,7	40,0±14,3	41,9±10,9
	Дуже високий	41,3±13,7	41,0±16,9	39,0±14,6	42,4±15,8
Соціальна підтримка	Помірний	44,8±10,3	45,1±9,8	46,7±14,1	55,2±12,3
	Високий	49,3±12,0	48,2±12,5	50,3±17,0	55,8±13,1
	Дуже високий	52,8±19,5	50,9±17,0	53,8±19,6	56,7±17,9
Відповідальність	Помірний	43,1±8,2	49,3±14,6	51,3±15,0	53,1±13,2
	Високий	51,4±17,7	51,2±17,3	50,3±16,9	53,9±16,7
	Дуже високий	52,8±11,4	54,7±16,9	53,1±20,8	55,4±20,2
Уникнення	Помірний	35,0±8,9	37,0±8,5	36,2±8,3	37,5±7,9
	Високий	40,0±12,1	43,6±12,5	42,1±11,8	44,8±13,3
	Дуже високий	43,8±13,9	45,8±13,7	47,3±11,0	50,0±11,8
Рішення проблеми	Помірний	49,1±9,8	46,1±10,6	46,2±10,0	45,5±9,6
	Високий	43,2±12,5	45,8±14,5	44,4±12,1	40,7±12,9
	Дуже високий	38,0±13,8	40,9±15,7	41,0±13,7	35,1±10,2
Позитивна переоцінка	Помірний	44,4±9,9	39,8±8,2	41,0±11,3	41,7±11,1
	Високий	38,9±11,7	39,1±10,8	39,0±12,1	36,5±13,5
	Дуже високий	35,7±12,7	36,2±11,4	36,0±12,7	34,5±11,4

Таблиця 3. Відмінності рівня напруженості копінгу опитаних у взаємозв'язку з рівнем стресового ризику

Показник	Рівень стресового напруження	ГП / Г1	ГП / Г2	ГП / Г3	Г1 / Г2	Г1 / Г3	Г2 / Г3	ГП / Г1-Г4
Конфронтація	Помірний	+	+	Н	Н	Н	Н	Н
	Високий	+	+	+	Н	Н	Н	Н
	Надвисокий	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Дистанціювання	Помірний	Н	Н	+	Н	Н	Н	Н
	Високий	+	+	Н	Н	+	+	+
	Надвисокий	Н	Н	Н	Н	+	+	+
Самоконтроль	Помірний	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
	Високий	Н	Н	+	Н	+	+	+
	Надвисокий	Н	Н	+	Н	+	+	+
Соціальна підтримка	Помірний	Н	Н	+	Н	+	+	+
	Високий	Н	Н	Н	Н	+	Н	Н
	Надвисокий	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Відповідальність	Помірний	+	+	+	Н	Н	Н	Н
	Високий	Н	Н	Н	Н	+	+	Н
	Надвисокий	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
Уникнення	Помірний	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
	Високий	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
	Надвисокий	Н	Н	Н	Н	+	+	+
Рішення проблеми	Помірний	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
	Високий	Н	Н	+	Н	+	+	+
	Надвисокий	Н	Н	Н	Н	Н	+	Н
Позитивна переоцінка	Помірний	Н	Н	Н	Н	Н	Н	Н
	Високий	Н	Н	+	Н	+	+	+
	Надвисокий	Н	Н	+	Н	+	+	+

Примітка. + – статистично значуща відмінність,  $p < 0,05$ ; Н – різниця статистично недостовірна.

ладів. З одного боку, застосування вказаних стратегій стрес-долаючої поведінки збільшує стресовий ризик, з другого – відбувається посилення напруженості даних механізмів копінгу у зв'язку зі стресом.

Зростання стресового ризику супроводжується зміною копінг-профілю і посиленням значення стратегій, спрямованих на пошук рішення проблем чи зміни відношення до стресової ситуації. Крім того, підвищувався рівень самоконтролю при появі відчутних симптомів фізичного нездоров'я (Г2), тоді як загальний рівень даного способу копінгу залишався зниженим у порівнянні з таким у соматично здорових опитаних.

За результатами порівняння копінгу окремо поміж ГП та Г1, в опитуваних групи ризику мала місце вища напруженість копінг-стратегій (табл. 2):

- конфронтації й відповідальності в осіб з ПСР,  $p < 0,05$ ;
- конфронтації й дистанціювання в осіб з ВСР,  $p < 0,05$ .

Аналогічні результати щодо копінгу були отримані при порівнянні ГП і Г2 (табл. 2).

Для пацієнтів з ризиком розвитку й клінічними проявами ЦВП характерні підвищення ролі стратегій конфронтації, відповідальності та дистанціювання відносно показників соматично здорових опитаних, що вказувало на особливості їхньої реакції на стрес та застосування менш ефективних способів його подолання.

Статистично значущих відмінностей напруженості копінг-стратегій у Г1 і Г2 не зафіксовано, що вказувало на подібність на рівні чинників психопатогенезу стрес-асоційованих розладів (табл. 3).

Зіставивши дані щодо копінгу у ГП та Г3 (табл. 2), ми виявили:

- вищі рівні дистанціювання, пошуку соціальної підтримки, відповідальності в осіб з ПСР, конфронтації – у осіб з ВСР, а також самоконтролю – у осіб з нВСР у Г3,  $p < 0,05$ ;
- нижчі рівні рішення проблеми, позитивної переоцінки, самоконтролю в осіб з ВСР та позитивної переоцінки – у осіб з нВСР у Г3,  $p < 0,05$ .

Під час порівняння параметрів копінгу в Г1 та Г3 (табл. 2) встановлено:

- вищі рівні пошуку соціальної підтримки в осіб з ПСР у Г3,  $p < 0,05$ ;
- більшу напруженість дистанціювання, пошуку соціальної підтримки та відповідальності в осіб з ВСР у Г3,  $p < 0,05$ ;
- вищі рівні дистанціювання, самоконтролю та уникнення в осіб з нВСР у Г3,  $p < 0,05$ ;
- нижчі рівні рішення проблеми, позитивної переоцінки в осіб з ВСР, самоконтролю – у опитуваних з ВСР і нВСР у Г3,  $p < 0,05$ .

Проаналізувавши відмінності між Г2 та Г3 (табл. 2), ми виявили:

- вищі рівні пошуку соціальної підтримки в осіб з ПСР, відповідальності – у осіб з ВСР, уникнення – у осіб з нВСР, а також дистанціювання й самоконтролю – у осіб з ВСР і нВСР у Г3,  $p < 0,05$ ;
- нижчі рівні рішення проблеми, позитивної переоцінки в осіб з ВСР і нВСР у Г3,  $p < 0,05$ .

У структурі напруженості копінг-стратегій відмічалось збільшення кількості опитуваних у Г1, Г2 та Г3 у порівнянні з такою у ГП з високим і надвисоким стресовими ризиками за конфронтацією, дистанціюванням, уникненням та соціальною підтримкою (табл. 4).

Таким чином, у пацієнтів після інсульту через різку зміну фізичного, соціального статусу, виражені особистісні реакції на соматичну катастрофу копінг-профіль різко деформувався й характеризувався дисбалансом адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій з різким переважанням напруженості останніх.

### Висновки

Підвищений стресовий ризик поєднується з неадаптивним копінг-профілем, а саме: частим застосуванням таких стратегій стресодолаючої поведінки, як дистанціювання й уникнення, високою напруженістю конфронтації, зверненням до психосоціального ресурсу та зниженням здатності до рішення проблем.

Посилення напруженості конфронтації, відповідальності та дистанціювання в пацієнтів з ризиком розвитку і клінічними проявами цереброваскулярної патології вказує на особливості їхньої реакції на стрес та застосування менш ефективних способів його подолання.

Копінг-профіль у пацієнтів після інсульту у зв'язку з особливостями психологічного й соматичного статусу після судинної катастрофи різко деформується й характеризується дисбалансом

Таблиця 4. Структура рівня напруженості копінг-стратегій у опитаних з помірним, високим та надвисоким стресовими ризиками

Копінг-стратегія	Рівень напруженості	ГП (n=47)			Г1 (n=122)			Г2 (n=134)			Г3 (n=127)		
		ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР
Конфронтація	Низький	16,7	4,3	–	11,8	1,6	–	16,0	7,8	6,2	12,5	9,1	6,7
	Середній	83,3	87,0	83,3	85,3	82,5	84,0	72,0	66,2	75,0	87,5	69,7	75,5
	Високий	–	8,7	16,7	2,9	15,9	16,0	12,0	2,0	18,8	–	21,2	17,8
Дистанціювання	Низький	38,8	17,4	–	29,4	3,2	8,0	20,0	5,2	3,1	18,8	3,0	2,2
	Середній	55,6	73,9	83,3	64,7	77,8	68,0	72,0	72,7	62,5	75,0	75,8	55,6
	Високий	5,6	8,7	16,7	5,9	19,0	24,0	8,0	22,1	34,4	6,2	21,2	42,2
Самоконтроль	Низький	–	21,8	16,7	5,9	25,4	44,0	8,0	37,7	37,5	6,3	16,7	37,8
	Середній	94,4	65,2	83,3	88,2	63,5	40,0	84,0	53,2	53,1	87,4	78,8	53,3
	Високий	5,6	13,0	–	5,9	11,1	16,0	37,5	9,1	9,4	6,3	4,5	8,9
Соціальна підтримка	Низький	11,2	8,7	16,7	8,8	12,7	16,0	16,0	22,1	15,6	6,3	6,2	8,9
	Середній	88,8	82,6	50,0	91,2	81,0	64,0	76,0	61,0	53,1	81,3	66,5	60,0
	Високий	–	8,7	33,3	–	6,3	20,0	8,0	16,9	31,3	12,4	27,3	31,1
Відповідальність	Низький	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Середній	100	69,6	83,3	85,3	77,8	68,0	84,0	79,2	78,1	81,3	66,7	68,9
	Високий	–	30,4	16,7	14,7	22,2	32,0	16,0	20,8	21,9	18,2	33,3	31,1
Уникнення	Низький	27,8	30,4	16,7	17,6	17,5	12,0	16,0	19,5	9,4	18,8	16,7	6,7
	Середній	72,2	69,6	83,3	82,4	81,0	84,0	84,0	80,5	90,6	81,3	83,3	91,1
	Високий	–	–	–	–	1,5	4,0	–	–	–	–	–	2,2
Рішення проблеми	Низький	5,6	30,4	50,0	14,7	27,0	24,0	16,0	23,4	25,0	6,2	37,9	37,8
	Середній	88,8	69,6	50,0	85,3	63,5	64,0	84,0	76,6	65,6	93,8	62,1	62,2
	Високий	5,6	–	–	–	9,5	12,0	25,0	–	9,4	–	–	–
Позитивна переоцінка	Низький	5,6	30,4	33,3	5,9	22,2	36,0	8,0	27,3	53,1	12,5	45,5	51,1
	Середній	88,8	69,6	66,7	91,2	77,8	64,0	84,0	71,4	46,9	81,3	53,0	48,9
	Високий	5,6	–	–	2,9	–	–	8,0	1,3	–	6,2	1,5	–

Примітка. Стресовий ризик: ПСР – помірний; ВСР – високий; нВСР – надвисокий.

адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій з різким переважанням напруженості останніх.

Поєднання високої напруженості стратегій конфронтації, відповідальності, дистанціювання та уникнення з підвищеним стресовим ризиком у пацієнтів на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології свідчить про специфічну дезадаптивну поведінкову диспозицію з потенційно більшим ризиком розвитку стрес-асоційованих розладів.

Таким чином, у пацієнтів на різних етапах цереброваскулярної патології була наявна специфічна дезадаптивна поведінкова диспозиція зі стрес-нестійким копінг-профілем.

**Перспективою подальших досліджень** є корекція неефективних копінг-стратегій з урахуванням стресового ризику як важлива складова заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів з цереброваскулярною патологією.

### Список літератури

1. Weber H. Belastungsverarbeitung / H. Weber // *Z. für Klinische Psychologie*. – 1992. – Bd. 21. – P. 17–27.
2. Церковский А. Л. Современные взгляды на копинг-проблему / А. Л. Церковский // *Вестник ВГМУ*. – 2006. – № 3. – С. 112–121.
3. HCN channels in the hippocampus regulate active coping behavior / D. W. Fisher, Y. Han, K. A. Lyman [et al.] // *J. Neurochem*. – 2018. – Vol. 146 (6). – P. 753–766.
4. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review / C. Donnellan, D. Hevey, A. Hickey, D. O'Neill // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 77 (11). – P. 1208–1218.
5. Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles / C. Wei, F. Zhang, L. Chen [et al.] // *J. Neurol*. – 2016. – Vol. 263 (2). – P. 269–276.
6. Долганова Н. П. Стресс-совладающее поведение лиц с повышенным кардиометаболическим риском / Н. П. Долганова // *Известия РГПУ им. А. И. Герцена*. – 2012. – № 153–1. – С. 197–205.
7. A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness / A. S. Darlington, D. W. Dippel, G. M. Ribbers [et al.] // *J. Rehabil. Med*. – 2009. – Vol. 41 (4). – P. 237–241.
8. Coping strategies and health-related quality of life after stroke / V. Lo Buono, F. Corallo, P. Bramanti, S. Marino // *J. Health Psychol*. – 2017. – Vol. 22 (1). – P. 16–28.
9. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study / A. S. Darlington, D. W. Dippel, G. M. Ribbers [et al.] // *J. Cerebrovasc. Dis*. – 2007. – Vol. 23 (5–6). – P. 401–407.
10. Вишнева А. Е. Динамика стратегий совладания у больных с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм / А. Е. Вишнева // *Национальный психологический журнал*. – 2013. – № 1 (9). – С. 103–109.
11. Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related quality of life: randomized controlled trial / M. M. Visser, M. H. Heijenbrok-Kal, A. Van't Spijker [et al.] // *Stroke*. – 2016. – Vol. 47 (1). – P. 135–142.
12. Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation / M. M. Visser, M. H. Heijenbrok-Kal, A. V. Spijker [et al.] // *Arch. Phys. Med. Rehabil*. – 2015. – Vol. 96 (8). – P. 1492–1498.

### References

1. Weber H. (1992). Belastungsverarbeitung. *Z. für Klinische Psychologie*, Bd. 21, pp. 17–27.
2. Tserkovskii A.L. (2006). Sovremennyye vzhlady na kopinh-problemu [Modern views on the coping problem]. *Vestnik VHMU – Bulletin of VSMU*, № 3, pp. 112–121 [in Russian].
3. Fisher D.W., Han Y., Lyman K.A., Heuermann R.J., Bean L.A., Ybarra N. et al. (2018). HCN channels in the hippocampus regulate active coping behavior. *J. Neurochem.*, vol. 146 (6), pp. 753–766.
4. Donnellan C., Hevey D., Hickey A., O'Neill D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 77 (11), pp. 1208–1218.
5. Wei C., Zhang F., Chen L., Ma X., Zhang N., Hao J. (2016). Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles. *J. Neurol.*, vol. 263 (2), pp. 269–276.

6. Dolhanova N.P. (2012). Stress-sovladaiushcheie povedeniie lits s povyshennym kardiometabolicheskim riskom [Stress-coping behavior of persons with increased cardiometabolic risk]. *Izvestiia RHPU im. A.I. Hertseni – News of the Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen*, № 153–1, pp. 197–205 [in Russian].
7. Darlington A.S., Dippel D.W., Ribbers G.M., van Balen R., Passchier J., Busschbach J.J. (2009). A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness. *J. Rehabil. Med.*, vol. 41 (4), pp. 237–241.
8. Lo Buono V., Corallo F., Bramanti P., Marino S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *J. Health Psychol.*, vol. 22 (1), pp. 16–28.
9. Darlington A.S., Dippel D.W., Ribbers G.M., van Balen R., Passchier J., Busschbach J. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *J. Cerebrovasc. Dis.*, vol. 23 (5–6), pp. 401–407.
10. Vishneva A.Ye. (2013). Dinamika stratehii sovladaniia u bolnykh s posledstviiami insultov i cherepno-mozhovykh travm [Dynamics of coping strategies in patients with the effects of strokes and traumatic brain injuries]. *Natsionalnyi psikhologicheskii zhurnal – National Psychological Journal*, № 1 (9), pp. 103–109 [in Russian].
11. Visser M.M., Heijenbrok-Kal M.H., Van't Spijker A., Lannoo E., Busschbach J.J., Ribbers G.M. (2016). Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related quality of life: randomized controlled trial. *Stroke*, vol. 47 (1), pp. 135–142.
12. Visser M.M., Heijenbrok-Kal M.H., Spijker A.V., Oostra K.M., Busschbach J.J., Ribbers G.M. (2015). Coping solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, vol. 96 (8), pp. 1492–1498.

### **Т.П. Яворская**

#### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АНАЛИЗ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕССОВОГО РИСКА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

На протяжении 2016–2018 годов у 383 пациентов с цереброваскулярной патологией разной степени развития исследовали особенности копинга с использованием опросника WCQ. Для анализа факторов потенциальной стрессовой нагрузки пациенты были разделены на группы на основе теста «Анализ стиля жизни». Установлено, что повышенный стрессовый риск сочетается с неадаптивным копинг-профилем, а именно: частым применением таких стратегий стресс-преодолевающего поведения, как дистанцирование и избегание, высокой напряженностью конфронтации, обращением к психосоциальному ресурсу и снижением способности к решению проблем. Пациентам с риском развития и клиническими проявлениями цереброваскулярной патологии присущи высокая напряженность стратегий конфронтации, ответственности, дистанцирования по сравнению с показателями соматически здоровых испытуемых, что указывало на особенности их реакции на стресс и применение менее эффективных способов его преодоления. У пациентов после инсульта в связи с резким изменением физического и социального статуса, интенсивными личностными реакциями на соматическую катастрофу копинг-профиль резко деформировался и характеризовался дисбалансом адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий с резким преобладанием напряженности последних. Сочетание высокой напряженности стратегий конфронтации, ответственности, дистанцирования и избегания с повышенным стрессовым риском у пациентов на разных этапах развития цереброваскулярной патологии свидетельствует о специфической дезадаптивной поведенческой диспозиции с потенциально большим риском развития стресс-ассоциированных расстройств.

**Ключевые слова:** копинг, цереброваскулярная патология, стрессовый риск, медико-психологическая помощь.

### **Т.Р. Yavorska**

#### **DIFFERENTIAL ANALYSIS OF COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY DEPENDING ON STRESS RISK AT DIFFERENT STAGES OF DISEASES DEVELOPMENT**

During 2016–2018, 383 patients with cerebrovascular pathology of varying degrees of development investigated the features of coping using the WCQ questionnaire. To analyze the factors of potential stress, patients were divided into groups based on the «Life Style Analysis» test. It is established that the



increased stress risk is combined with the non-adaptive copy-profile, namely: the frequent use of such strategies of stress-breaking behavior as distancing and avoiding, high intensity of confrontation, access to psychosocial resources and reduction of ability to solve problems. Patients with a risk of developing and clinical manifestations of cerebrovascular pathology are characterized by high tension in strategies for confrontation, responsibility, and distancing as compared to those of somatic healthy subjects, indicating peculiarities of their response to stress and the use of less effective ways of overcoming it. In patients after a stroke due to a sharp change in physical and social status, intense personal reactions to a somatic catastrophe, the copy-profile sharply deformed and was characterized by an imbalance of adaptive and non-adaptive coping strategies with a sharp dominance of the latter's tension. The combination of high tension strategies for confrontation, responsibility, distance and avoidance with an increased stress risk in patients at different stages of the development of cerebrovascular pathology indicates a specific disadaptive behavioral disposition with a potentially high risk of developing stress-related disorders.

**Keywords:** *coping, cerebrovascular pathology, stress risk, psychological help.*

*Надійшла 15.05.18*

### **Відомості про автора**

*Яворська Тетяна Петрівна* – кандидат медичних наук, лікар Харківської обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Адреса: 61058, м. Харків, пр. Незалежності, 13, Харківська обласна клінічна лікарня;

61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, ХМАПО.

Тел.: +38(050)705-94-66.

E-mail: yavorska.tp@gmail.com.

ORCID: 0000-0001-7654-5195.